Nr. 3 R. 1935. MAJ — CZERWIEC. ROK XXX.

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT DENTYSTYCZNY.

KTóRE PLOMBY KOMBINOWANE ODPOWIADAJĄ CELOWI?

Podał

M. Krakowski.

Plomby plastyczne nie zawsze zabezpieczają ząb od nawrotu próchnicy. Posiadają one cechy dodatnie, lecz również ujemne. Amalgamat jest łatwy do użycia; dobrze skondensowany, jest trwały, jest jednak dobrym przewodnikiem ciepła i w głębszych ubytkach jest źle znoszony przez miazgę; posiada własność kurczenia się, nie czepia się ścian ubytku, a trzyma się tylko przez zaankrowanie w podcięciach. W przypadkach, gdy ostatnie nie były dokładnie zrobione, amalgamat oddziela się od ścian ubytku, daje powód do nawrotu próchnicy, plomba wypada.

Cement czepia się ścian ubytku, zbyteczne tu więc są podcięcia; jeżeli ścianki ubytku są zbyt cienkie, cement wzmacnia je. Zaletę cementu stanowi to, że jest złym przewodnikiem ciepła. Cement, rzadziej rozrobiony, drażni miazgę na skutek wolnych kwasów płynu. Pod względem odporności na działanie śliny i wytrzymałości plomby cementowe na powierzchniach żujących ustępują amalgamatowi.

Starano się przez połączenie obu powyższych materjałów wyzyskać zalety każdego na korzyść plombowanego zęba, mając na względzie zmniejszenie kurczenia się amalgamatu. Kombinowane takie plomby dotychczas są jeszcze stosowane.

Znane są różne sposoby *kombinowania cementu z amalgamatem.*

Opiłki, rozrobione z rtęcią, umieszcza się na szkiełku; wysypuje się nieco proszku cementowego i, dodawszy do tego nieco płynu, rozrabia się wszystko na ciasto, którem szybko się wypełnia ubytek.

Można przygotować w zwykły sposób odpowiednią ilość amalgamatu, następnie oddzielnie rozrobić pewną ilość cementu do postaci ciasta i, wprowadziwszy ostatnie na dno ubytku, upychać w miękką jeszcze masę poprzednio przygotowany amalgamat aż do wypełnienia ubytku (Robicsek).

Inny sposób: ząb najpierw plombuje się, wypełniając ubytek po brzegi o ile można gęsto rozrobionym cementem, a po kilku minutach dopiero prawie już w suchym cemencie robi się na nowo wgłębienie, nie obnażając brzegów, i porobiwszy podcięcia kończy się plombowanie czystym amalgamatem (Billeter).

Powstaje kwestja: czy amalgamat, zmieszany z cementem, przestaje być dobrym przewodnikiem ciepła, czy czepność (adhezja) powyższej mieszaniny nie jest wątpliwie, czy taka plomba wskutek rozpuszczania się przynajmniej powierzchownych cząsteczek cementu na powierzchni nie staje się porowatą, nierówną, co jest powodem nagromadzania się resztek pokarmowych?

Dodatnią stronę tak skomplikowanej plomby stanowi tylko zapobieganie kurczliwości amalgamatu.

Rzadki cement, wprowadzony na dno ubytku, już przy uciskaniu pierwszej warstwy amalgamatu maże się po ścianach, przez co wartość cementu, jako izolacji, upada. Brzegi ubytku, zamazane cementem, pomimo starannego oczyszczenia ich skrobaczką, nie są już czyste, sam amalgamat bezpośrednio już nie może ich dotykać; cement na brzegach plomby rozpuszcza się zczasem, a nawrót próchnicy może szybko nastąpić.

Co do kombinacji Billetera, to jako podstawa cement ma pewną wartość, wadliwość zaś wykończenia plomby (cement na brzegach) jest zbyt rażąca.

Zalecane jest również łączenie amalgamatu z cementem w ten sposób, iż resztki amalgamatu przy plombowaniu zębów po ich stwardnieniu tłucze się w moździerzu na drobny proszek, który przesiewa się jeszcze przez rzadkie płócienko; 2 części takiego proszku miesza się z 1 częścią proszku cementowego. Ten kombinowany proszek rozrabia się w zwykły sposób z płynem cementu na średnio twardą masę, którą wypełnia się ubytek. Aby powierzchnia plomby przedstawiała się ładnie, wypełnia się tą masą ubytek do wysokości trzech czwartych głębokości, resztę czystym amalgamatem (prof. Berten). Kombinowana taka plomba posiada te zalety, iż nie jest przewodnikiem ciepła, obydwie warstwy dobrze się łączą, plomba nie kurczy się i jest tania (proszek nic nie kosztuje).

Plomba cementowa właściwie nie zasługuje na miano plomby trwałej; cement nadaje się tylko do umocowywania koron i mostów.

Wielu praktyków, jako materjał do plombowania zębów przeważnie stosuje złote wkładki i amalgamat, za których trwałość, jeżeli robotę wykonano stosownie do wymagań wiedzy, ręczyć można.

Należy jednak liczyć się w praktyce również ze stroną estetyczną. U osób młodych, a nie będących w stanie płacić za kosztowne plomby porcelanowe lub złote, nie można przecież w razie większego ubytku w przednich zębach plombować amalgamatem, musimy w takich razach posługiwać się cementem krzemowym. Są znowu ubytki tak duże, a ząb na racjonalne świdrowanie jest tak słaby i wrażliwy, że tylko dzięki cementowi ząb taki czasami długo utrzymany być może.

Starano się tu pogodzić stronę estetyczną z praktyczną w postaci kombinowania plomby złotej z amalgamatem, który to sposób zalecano do wypełnienia ubytków na powierzchniach stycznych zębów przednich. Jeżeli dostęp do ubytku jest dostateczny, a więc rozpychanie zębów jest zbyteczne, nakłada się ślinochron i ubytek przygotowuje się, jak do plomby złotej, z tą jednak różnicą, że punktu trzymania na powierzchni poddziąsłowej nie formuje się w kształcie poprzecznego rowka, tylko wywierca się okrągły otworek bardziej ku ściance podniebiennej, jako punkt trzymania dla amalgamatu, pozostawiając tyle miejsca, aby później można było na tej samej powierzchni więcej ku ściance frontowej wywiercić

jeszcze dugi otworek, jako punkt trzymania dla złota. Mając tak przygotowany ubytek, formowano część frontową, czyli tę, która ma być ze złota, dowolnie z „artificial dentin" Fletchera lub gutaperki; po stwardnieniu tej prowizorycznej części frontowej, plombowano część podniebienną ubytku amalgamatem. Jeżeli szło o pośpiech i plombę należało wykończyć na jednem posiedzeniu, posługiwano się amalgamatem srebrowym, szybko twardniejącym. Po stwardnieniu amalgamatu, usuwano prowizorycznie założoną część plomby; jeśli ta ostatnia była zrobiona rozumnie, uzyskano małe kieszonkowate wgłębienie, w którem złoto doskonale się trzyma; dla większej pewności robiono w wyżej wspomnianem specjalnie pozostawionem miejscu punkt trzymania i zakończono plombowanie ubytku złotem. Zaletą tego systemu jest również oszczędność złota. Zamiast złota w tym systemie kombinowania plomb zastąpiono złoto porcelaną, co jest bardziej racjonalne (F. Idzikowski).

Kto w swej praktyce robił choć kilka plomb porcelanowych, wie doskonale, jak trudno jest otrzymać wycisk z ubytków większych na powierzchni stycznej, do których przecież rzadko kiedy bywa dostateczny dostęp, oraz jak trudno jest wypalać plombę taką i otrzymać brakujące kontury, jeżeli ubytek ścian zęba jest znaczny; posługując się więc systemem powyższym, można prawie każdy ubytek w zębie zamienić na wargowy i płytki, a taki, jak wiadomo, dla wykonania plomby porcelanowej nie przedstawia żadnych trudności.

Czy *kombinowanie cementu z amalgamatem* w tej lub innej formie daje pomyślne wyniki?

Dodawanie *opiłek grubszych* lub cieńszych stopu do proszku cementowego lub do rozrobionej masy (ciasta) ujemnie wpływa na chemiczne wiązanie się składników cementu — proszku i płynu, również na budowy gotowej plomby. Również ujemnie działa proszek *w postaci pyłu,* który, nie mówiąc o zabarwieniu samej plomby, powoduje niewłaściwe wiązanie się chemicznych składników.

Nie wytrzymuje krytyki łączenie rozrobionej masy amalgamatowej z rozrobionem ciastem cementowem. W grę tu wchodzi wzajemne działanie fosfatów i rtęci; następują pewne reakcje, które ujemnie wpływają na tworzenie się trwałej twardej substancji (plomby).

Wszelkie dodawanie jakichbądź ciał do cementu fosfatowego (o krzemowych nie mówimy), czy to bezpośrednio do proszków, czy to do rozrobionego ciasta (p. wyżej), ma pewien wpływ ujemny na budowę plomby fosfatowej. Tego rodzaju plomby są mniej trwałe (kruche), a więc bardziej łamliwe, mniej odporne na działanie śliny, i w dodatku przy grubszych ziarenkach opiłek metalowych po pewnym czasie powierzchnia plomby staje się chropowatą, pomimo, iż poprzednio plomba była starannie wygładzona. Te same wady wykazują, pomimo pochwał reklamowych okrzyczane cementy cynowe. Śmieszną wydaje się porównywanie tego cementu z żelbetem (żelazo-beton) i twierdzenie, iż „wobec dodatku opiłek cynowych cement taki jest znacznie trwalszy". Wierząc w gorące zapewnienia „żelbetowe" agentów, pewien kierownik ambulatorjum dent. jednej z Kas Chorych polecił swoim podwładnym stosowanie tego cementu cynowego do plombowania zębów (rzecz prosta, osób dorosłych) członkom tej jednej z większych Kas Chorych, w którem to ambulatorjum pracowała pewnie setka lekarzy-dentystów. że cement ten miał być stoso-

wany na szeroką skalę, niemniejszą widocznie, niż modny obecnie żelbet (żelazo-beton), dowodzi fakt, iż dla wzmiankowanej instytucji nabyto jednorazowo aż 500 porcyj, rzecz prosta, z polecenia kierownika, którego „opinja" stała się opinją jego „podwładnych", nawet starszych od niego praktyków dentystycznych. Jak wyglądał ten preparat „żelbetowy" w praktyce, o tem przekonali się owi „podwładni", już w krótkim czasie... cement został zarzucony.

Wracając do wyżej omówionych plomb kombinowanych, należy dalej zaznaczyć, iż wytynkowanie ścian ubytku cementem i następnie plombowanie amalgamatem, a to w celu ochrony miazgi od przewodnictwa ciepła i uniknięcia pewnych zmian fizycznych, nie może być uważane za całkowicie racjonalne. Może to mieć miejsce w ubytkach odpowiednio dużych, najwięcej na powierzchniach żujących. Gdy warstwa sięga brzegów ubytku, z biegiem czasu wymywa się ona, pozostają wolne przestrzenie, które, jak wiadomo, prowadzą do dalszego niszczenia tkanki zębowej, plomba również łatwo wypada. Można natomiast mówić o obszerniejszem „podwarstwieniu" cementowem, które jednak nie może sięgnąć krawędzi ubytku, amalgamat wówczas może przy należytem kondensowaniu szczelnie ubytek zamknąć.

Wprowadzenie do ubytku masy amalgamatowej na warstwę miękką rozrobionego cementu nie odpowiada celowi, bowiem kondensacja jest niemożliwa z łatwo zrozumiałej przyczyny, zaś słabe resp. nienależycie skondensowana plomba nie posiada wartości praktycznej (kurczy się i nie jest mocna).

Wywiercenie otworu w gotowej plombie cementowej (Billeter) i następnie wypełnienie amalgamatem może dotyczyć dużych ubytków na żujących powierzchniach trzonowców, muszą tu jednak być robione znaczne podcięcia w cemencie; wobec tego, iż zużycie nie jest tu równomierne i w dodatku cement prędzej ulega wymyciu, sposób ten ustąpić musi całkowitemu wypełnieniu ubytku almagamatem (p. poprzedni); rzecz prosta, tu i tam mówimy o preparatach amalgamatowych solidnych.

Dodawanie do rozrobionej masy cementowej cząsteczek *stwardniałego* amalgamatu (Berten) w dużych plombach poniekąd może mieć rację bytu; tego rodzaju „zobojętnione" cząsteczki nie przeszkadzają zbyt wiązaniu się części składowych cementu; fosfaty tu nie działają jako odczynniki, wystarczy np. przechowywać twardy taki kawałek plomby amalgamatowej w płynie, aby się przekonać o nieznacznej reakcji. Dodawanie takichże drobnych cząsteczek amalgamatowych do świeżo rozrobionej masy amalgamatowej również może mieć zastosowanie, zwłaszcza w dużych ubytkach na żujących powierzchniach trzonowców; czem cząsteczki te są „starsze", tem jest lepiej; cząsteczki te dodawać należy na samym końcu rozrobienia amalgamatu. Tego rodzaju plomba kombinowana jest b. trwała i również znacznie mniej się kurczy, aniżeli zwykle wykonana plomba amalgamatowa.

Oszlifowanie i polerowanie stwardniałej plomby odbywa się jak zwykle.

Ostatni sposób kombinowania złota z amalgamatem (p. wyżej) nie jest łatwy do wykonania, tem bardziej, iż dotyczyć on może wyłącznie zębów przednich, często o trudno dostępnych ubytkach. Plomby krzemowe, porcelanowe ew. wstawki złote (komu nie zależy na estetyce) w zupeł-

ności zastępują wyżej opisane plomby (złoto na podstawie amalgamatowej), których wykonanie wymaga pewnej zręczności i pochłania sporo czasu.

Być może, stosowane są jeszcze inne sposoby kombinowania plomb. Kto je stosuje, może dodać swoje uwagi do powyższego materjału.

Dział streszczeń.

Przetoki w jamie ustnej. Dr. Chwat, L'Odontologie, Nr. 11, r. 1934.

Przetoki jamy ustnej umiejscawiają się najczęściej w obrębie zębodołów, ponadto w okolicy przedsionkowej i na podniebieniu. Zależnie od przyczyny, bywają wszelkich rozmiarów począwszy od przetok nitkowatych, niekiedy trudnych do wykazania, aż do rozległych ubytków w tkankach.

Autor rozróżnia przetoki samoistne oraz przetoki wywoływane pewnemi czynnikami.

Przetoki samoistne należą do rzadziej spotykanych; bywają następstwem zaburzeń odżywczych (rak wodny), martwicy fosforycznej oraz stanów zapalnych z powstawaniem martwaków, jakiemi być mogą sprawy swoiste (bardzo rzadko spostrzegane kilaki błony śluzowej jamy ustnej w okolicy trzonowców lub dołu szczęki górnej, gruźlica, promienica), jak również nieswoiste (rozlane zapalenia kości szczękowej pochodzenia zębowego, martwicowe zapalenie zatoki szczękowej.

Przetoki wywoływane przeważają ilościowo. Powstawać mogą po ekstrakcjach zębów, niekiedy po łyżeczkowaniu zębodołu, po usunięciu zębów zatrzymanych, wreszcie po wyleczonych torbielach.

Autor wypowiada się przeciwko metodzie Coopera, polegającej, jak wiadomo, na otwarciu zatoki szczękowej drogą zębodołu, celem sączkowania, jako też przeciwko operacji Lamourier-Desault, grożącej wytworzeniem przetoki; zdaniem jego, unika się tego rodzaju powikłań zapomocą prawidłowo przeprowadzonej operacji Caldwell-Luca lub Bankera. Pośród różnych zabiegów autoplastycznych oddaje on pierwszeństwo w przetokach zębodołowych sposobowi Axhausena, lub metodzie płata podniebiennego. W przetokach przedsionkowych małych rozmiarów zaleca technikę Gerard Maurela, w przetokach zaś rozległych — metodę Lautenschlagera, zmodyfikowaną przez Ganzera. W przetokach podniebiennych stosuje płat podniebienny w kształcie mostu.

Henryk Winograd (Brześć n/B.).

Zęby robotników w fabrykach cementu.

Robotnicy niektórych działów przemysłu chemicznego cierpią szczególnie często na próchnicę zębów. Do kategorji tej należą np. robotnicy zatrudnieni przy produkcji kwasów, robotnicy w fabrykach cukru, fosforu, rtęci i t. d. Odmiennie wpływa na stan uzębienia robotników praca w fabrykach cementu. Odznaczają się oni dobrem uzębieniem, ropocieku zębodołowego nie spotyka się u nich zupełnie, natomiast próchnica występuje znacznie rzadziej, niż u robotników innych kategoryj. Ten ko-

rzystny wpływ pracy w fabrykach cementu na zęby tłumaczy się dużą zawartością wapnia w cemencie. Cement portlandzki zawiera 63% tlenku wapnia, poza tem składa się z mieszaniny tlenów krzemu, glinu, żelaza i magnezu. Mikroskopowo pył cementowy składa się poczęści z drobnych cząsteczek o wymiarach poniżej 1 mikrona (30% wszystkich cząsteczek), po części z cząsteczek większych, w granicach od 1 do 20 mikronów. Pył cementowy dostaje się do organizmmu przez płuca i za pośrednictwem przewodu pokarmowego. Cząsteczki, które osiadły w płucach, ulegają fagocytozie i odkładają się w gruczołach limfatycznych. Część tlenku wapnia, dzięki obecności w płucach dwutlenku węgla, zamienia się na rozpuszczalny dwuwęglan wapnia i dostaje się do krwioobiegu. To samo dzieje się z wapniem, który dostał się do przewodu pokarmowego. W żołądku pod wpływem kwasu solnego powstaje łatwo rozpuszczalny i wchłaniany przez organizm chlorek wapnia. U wszystkich robotników, zatrudnionych w fabrykach cementu, stwierdzono zwiększenie ilości wapnia we krwi. Dzięki temu istnieje tendencja do odkładania się soli wapnia w tkankach. Wapień odkłada się przedewszystkiem w zębach, w mniejszym stopniu także w kościach, a niekiedy nawet i w stawach. U starszych robotników stwierdza się np. dość często sprawy zapalne w stawach. czasem zaś małe wyrośle kostne do światła stawów, dające się stwierdzić rentgenologicznie. Wapień, odkładając się w zębach, powoduje zmniejszenie się kanału zębowego. Częściowemu zwapnieniu ulega też miazga zębowa i tkanka ozębna. Liczne odontoblasty, które tu powstają, tworzą się z komórek fagocytarnych, obładowanych wapniem. Te ogólne przeładowanie zębów i całego organizmu wapniem nie sprzyja tworzeniu się próchnicy i ropodieku zębodoł. (z Instytutu Spraw Społecznych, Zdrowię Nr. 2 r. 1935).

Działanie ścierające past do zębów. Dr. K. W. Ray i H. C. Chadin, Dental Cosmos nr. 11 r. 1933; L'Odontologie, Nr. 3, r. 1934.

Autorzy poczynili szereg doświadczeń i prób, celem określenia własności ścierającej kilkunastu rodzajów past do zębów. Starali się przytem oznaczyć te składniki, które powodują ścieranie zębów. Wnioski autorów brzmią dość zniechęcająco; zdaniem ich, wszystkie pasty do zębów wywierają działanie ścierające w różnym stopniu, zależnie od natury zawartych w nich substancyj. *H. Winograd* (Brześć n/B.).

Korzeń zęba jako przyczyna połowicznego postępującego zaniku twarzy. Dr. Pierre Mollaret, Revue Neurologique t. II, Nr. 5 r. 1932.

Autor opisuje typowy przypadek zaniku twarzy z niezwykłemi zaburzeniami wzroku, ostrość wzroku 8/10, brodawka zaczerwieniona i obrzękła, zwłaszcza części skroniowej górnej (po tej samej stronie). Stosowanie przeróżnych zabiegów pozostało bez skutku aż do chwili, gdy usunięto korzeń, pod którym wytworzył się ropień. Wtedy dopiero nastąpiło szybkie wyleczenie.

Kiła I jamy ustnej. Dr. Bousquet. Bruxelles Medical, Nr, 19, r. 1934.

Jak wykazują zestawienia, na 3 przypadki pierwotnego owrzodzenia nia w jamie ustnej 2 bywają nietypowe. Wygląd takiego owrzodzenia przypomina i naśladuje często banalne zmiany jamy ustnej, czy to ropne, czy to urazowe. Zajęcie gruczołów chłonnych jest regułą i następuje

bardzo szybko, gruczoły chłonne bywają jednak tak nieznacznie powiększone, że uchodzą uwagi dokładnie nawet badającego. Nietypowym jest wreszcie bardzo szybkie cofanie się wykwitu pierwotnego w jamie ustnej. To są przyczyny, dla których owrzodzenie kiłowe jamy ustnej może łatwo przejść nierozpoznane i kto wie, czy niektóre z przypadków kiły t. zw. „bez owrzodzenia" nie biorą swego początku w jamie ustnej.

Co się tyczy umiejscowienia, to najczęstsze są na *wargach*, potem na *języku* i na *migdałkach*. Jeżeli zdanie prof. Spillmanna, dotyczące jak najwcześniejszego leczenia kiły, znalazło dzisiaj powszechne uznanie, to tem bardziej jest ono aktualne w przypadkach owrzodzenia pierwotnego jamy ustnej, w przypadkach, które przedstawiają znaczne niebezpieczeństwo udzielania zakażenia otoczeniu (N. L. 11. 1934).

Odgłosy.

SPRAWA PONOWNYCH PROJEKTÓW OTWARCIA U NAS SZKÓŁ TECHNIKÓW DENTYSTYCZNYCH.

Protetyka wymaga ścisłych podstaw naukowych.

Od czasów najdawniejszych aż do r. 1825, kiedy amerykanin Samuel W. Stockton z Filadelfji pierwszy zestawił zęby sztuczne z parcelany, do zastąpienia brakujących zębów używane były odpowiednio spreparowane zęby ludzkie, jak również zęby, wyrabiane z kości słoniowej lub morsa (konia morskiego).

Arcydzieła te sztuki mamy obecnie możność oglądania w różnych muzeach całego świata. Wykonanie tego rodzaju zębów wymagało pewnej ręcznej wprawy, do której odnośni specjaliści doszli tylko dzięki ustawicznym ćwiczeniom. Powstał więc typ *zęboroba*, który dla każdego poszczególnego przypadku wyrabiał zęby sztuczne przy pomocy odnośnych narzędzi, często w specjalnych pracowniach.

To też dentyści zwykle sami nie zajmowali się wyrabianiem toczono-rzeźbionych zębów sztucznych, lub posługiwali się do tego odpowiednimi *pomocnikami*, którzy po uzyskaniu samodzielności następnie poświęcali się robotom techniczno-dentystycznym. W ten sposób sporządzanie dostawek ze sztucznemi zębami stało się z biegiem czasu przedmiotem osobnego przedsiębiorstwa rękodzielniczego. Wytworzył się osobny stan rękodzielników, którzy wyłącznie zajmowali się robotami techniczno-dentystycznemi.

Po wprowadzeniu w użycie zębów sztucznych, wyrabianych drogą fabryczną, zakres działalności wzmiankowanych rzemieślników-rękodzielników zmienił się zasadniczo. Odręczny sposób wyrabiania zębów sztucznych z wymienionych materjałów został zaniechany, natomiast wyłączną czynnością tych pracowników stało się sporządzanie dostawek z zębami sztucznemi — *porcelanowemi*.

Powstał typ *technika dentystycznego*, który w miarę rozpowszechniania się sztuki techniczno-dentystycznej rozpowszechnił się niemal we wszystkich większych krajach.

Rolę swoją *pomocników dentystów* technicy ci powoli zaczęli usuwać na plan drugi i stopniowo starali się dorównać do grona uprawnionych specjalistów, wykonywając w jamie ustnej zabiegi, niezbędne przed wprawianiem zębów sztucznych.

Nieuprawniona praktyka techników dentystycznych, ludzi przeważnie stojących na niskim poziomie naukowym, dawała powody do ustawicznych sporów z dentystami w poszczególnych krajach i interwencji odnośnych rządów, starających się rozgraniczyć stanowisko techników od uprawnionych dentystów.

Kroki, w celu uregulowania tej kwestji skierowywane były na drogę ustawodastwa odnośnego, i w poszczgólnych krajach przebieg tej sprawy ma już poniekąd swoją historję.

Przykładem energicznej walki z technikami, którzy dzięki swej niezwykłej liczebności dążyli do opanowania dentystyki, służyć może Austrja. Walka, podejmowana przez przedstawicieli zawodu dentystycznego w różnych okresach czasu, trwała dosyć długo, gdyż lat blizko kilkadziesiąt. Przebieg tej walki ze wszech miar zasługuje na uwagę; stanowi wzór energicznej obrony zawodu przed zamachem, uczynionym nań przez osoby niepowcłane.

W walce tej nie należy ominąć milczeniem zabiegów przedstawicieli naszego zawodu — polaków w Małopolsce, którzy w jednej tylko części Polski słowem i czynem przyczynili się do zwycięstwa.

W r. 1836 magistrat wiedeński udzielił pewnemu pomocnikowi handlowemu pozwolenia do sporządzania zębów sztucznych z tem nadmienieniem, że ma się on wstrzymać od wszelkich operacyj lekarsko-dentystycznych.

W r. 1840 podobne upoważnienie pod temi samemi warunkami wraz z zezwoleniem umieszczenia szyldu otrzymał również pewien złotnik wiedeński.

Dwa te hasła posłużyły powodem do energicznego odparcia dążeń władz miarodajnych do planowego popierania wstecznictwa w dziedzinie naszego zawodu.

Przeciw tym nadaniom wniosło gremjum chirurgów i wiedeńscy lekarze-dentyści rekurs do rządu dolnoaustryjackiego tem umotywowany, że przez takie upoważnienie wyda się w ręce niewykształconych ludzi sztukę leczenia chorób zębów, która dopiero w najnowszym czasie z prostego rzemiosła podniosła się na wyżynę nauki, i że nikt nie jest w stanie wyrabiać sztucznych zębów i szczęk, jeśli się równocześnie nie zajmuje ich przystosowaniem, a zatem, jeśli nie chce wtargnąć ze szkodą dla cierpiącej ludzkości do tej dziedziny pracy, która tylko dentystom przysługuje. Wydział Lekarski oświadczył, że nie można oddzielić technicznej części od części teoretycznej i naukowej dentystyki, że dlatego nie możnaby takich upoważnień udzielić osobom, posiadającym wiadomości tylko z zakresu mechaniki, gdyż osoby te musiałyby przekraczać granicę swych upoważnień.

Kancelarja nadworna nie uwzględniła rekursu, który wnieśli wiedeńscy lekarze-dentyści.

Następnie ciż sami wnieśli podanie do tronu, w którem prosili: aby odebrano wydane już pozwolenia na wyrabianie zębów sztucznych i szczęk,

aby według ustawy karnej traktowano wszelkie partactwa w sztuce dentystycznej, aby w sprawach, dotyczących lekarzy-dentystów, zawsze wysłuchano Wydział Lekarski, lub przynajmniej zasięgnięto zdania publicznego lekarza-dentysty, wreszcie, aby aż do wydania najwyższego rozstrzygnięcia zakazano technikom dentystycznym wywieszania szyldu i wystawiania szafek z zębami sztucznemi i aby wzbroniono udzielana dalszych upoważnień. W zasadzie tego podania lekarze-dentyści wywodzili między innemi, że sporządzanie zębów sztucznych i szczęk, w celu zastąpienia niemi zębów naturalnych, zależy od indywidualnych organicznych i chorobowych stosunków jamy ustnej i szczęk, a zatem może być rzeczą dla lekarza-dentysty, naukowo wykształconego. Jako zębów sztucznych — wywodzili dalej lekarze-dentyści — używa się głównie zębów z porcelany i sprowadzanych z zagranicy, których technicy nie wyrabiają, a zatem wyrób zębów sztucznych nie może stanowić przedmiotu wolnego przedsiębiorstwa rękodzielniczego. Technik dentystyczny nie może się dopiero zwracać do lekarza-dentysty, w celu wykończenia i przystosowania sztucznego zęba lub szczęki, lecz własna korzyść jako też widoczna niedostateczność zarobku w granicach jego wolnego zajęcia doprowadzi go wkrótce do tego, że albo odda się partactwu leczniczemu i przywłaszczy sobie z zagrożeniem zdrowia klijentów nieprzysługujące mu osadzanie i wstawianie zębów i szczęk, albo też przyjjmie sobie lekarza-dentystę dla zasłonięcia swego karygodnego postępowania. Nie można się też obawiać, jakoby przez zniesienie zakwestjonowanych koncesyj wytworzył się niekorzystny dla publiczności monopol, albowiem liczba lekarzy-dentystów z każdym rokiem wzrasta.

Opinja Wydziału Lekarskiego dalej wskazała na wysoki stopień naukowy, który uzyskała dentystyka dzięki działalności lekarzy-dentystów, powtórzyła wyłuszczone już obawy i podniosła znowu, że robotnik-mechanik mógłby conajwyżej wyrabiać niwykończone zęby, co nie mogłoby go dostatecznie utrzymać i wskutek tego do partactwa leczniczego musiałoby nakłonić. Wydział Lekarski był tedy zdania, że jeśli udzielone już koncesje mają nadal istnieć, technicy byliby uprawnieni jedynie do wyrabiania sztucznych zębów, a wszelkie ich bezpośrednie zajmowanie się chorymi lub osobami, potrzebującemi zębów sztucznych, uważać należałoby za partactwo lecznicze.

Wydane w tej sprawie Najwyższe rozstrzygnięcie z dnia 10 września r. 1841 oznajmione rządowi dolno-austrjackiemu w dekrecie kancelarji nadwornej z dnia 14 września r. 1842 opiewało: „Technikowi, uprawnionemu jedynie do wyrabiania sztucznych zębów i szczęk, nie jest dozwolone wykonywanie zabiegów i operacyj w ustach ludzkich, lecz należy takie czynności surowo karać według ustaw jako partactwo lecznicze."

W wynikłych w ciągu następnych lat sporach lekarze-dentyści w dalszym ciągu wnosili protesty do odnośnych ministerjów, w których wskazano na to, że technika dentystyczna jest owocem długoletnich studjów i doświadczeń lekarzy-dentystów. Nadając złotnikom koncesje na samodzielnych techników dentystycznych, zmusza się lekarzy-dentystów właśnie, aby komu innemu właśnie, a mianowicie nie lekarzom, oddawali owoce skrzętności swej pracy. Przepisy, na mocy których technicy dentystyczni *mogą samodzielnie* wyrabiać zęby sztuczne i szczęki, ich zdaniem, nie są do przyjęcia. Przy wykonywaniu dostawek zębowych musi się je tyle razy

próbować i przystosowywać, i należałoby je tak często do technika dentystycznego odsyłać, a technik musiałby je tak często zmieniać, że przez to uniemożliwionoby lekarzom-dentystom wszelką praktykę techniczą. Kreowani technicy dentystyczni muszą przekraczać swe upoważnienie i wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną. To przekraczanie zaś daje powód do skandalicznych procesów, którym nie będzie końca. Nadto udzielanie takich upoważnień podziała także niekorzystnie na umiejętność dentystyki.

Następnemi reskryptami Ministerjum Spr. Wewn. (z dnia 25 lutego r. 1849 i z dnia 10 kwietnia r. 1878) ze względów nader ważnych sanitarno-policyjnych, po dalszem rozpatrzeniu sprawy i zasięgnięciu opinji fachowców, znowu zabroniono technikom dentystycznym wykonywania jakichkolwiek zabiegów w ustach ludzkich i polecono takie czynności jako partactwo lecznicze surowo według ustaw traktować i karać, żadnych zaś upoważnień technikom nie udzielać.

Wprowadzenie w r. 1859 w dniu 20 grudnia ordynacji przemysłowej wywołało nowy chaos. Niektóre urzędy uważały technikę dentystyczną jako przemysł wolny i stosownie do tego ją traktowały. Po części zgodnie z tym poglądem rozstrzygnęło także Ministerjum Państwowe sprawę na podanie T-wa austryjackich lekarzy- dentystów i orzekło w reskrypcie z dnia 21 kwietnia 1864 r. (nr. 5787), że tym, którzy jako wolnym przemysłem trudnią się wyrobem sztucznych zębów, nie jest dozwolone w myśl najwyższego postanowienia z dnia 10 września r. 1842 osadzanie i wstawianie sztucznych zębów.

Atoli w roku 1865 Towarzystwo austrjackich lekarzy-dentystów znowu wystosowało zażalenie do Ministerjum, w którem przeciw temu zaprotestowało, że wbrew istniejącym przepisom wytwórcy sztucznych zębów pod płaszczykiem magistrackich koncesyj trudnią się nadal osadzaniem i wprawianiem sztucznych zębów. Skutkiem tego poleciło Ministerjum Państwowe reskryptem z dnia 11 listopada 1865 (nr. 20993) namiestnictwu w Wiedniu przypomnieć władzom ścisłe przestrzeganie obowiązujących przepisów, odnoszących się do dentystyki, i władze te uczynić surowo odpowiedzialnemi za nieprzestrzeganie tych przepisów.

Sprawa techników dentystycznych w ciągu szeregu lat zdawała się była jasna. W r. 1892 Ministerjum Handlu w porozumieniu z Ministerjum Spraw Wewnętrznych, które zalicza techników dentystycznych do rzemieślników koncesjonowanych, wydaje nowe prawo. Według tego rozporządzenia w zakres techniki dentystycznej jako rzemiosła wchodzi mechaniczne przygotowanie sztucznych zębów i dostawek oraz ich części. Technikowi zabrania się wszelkich zabiegów w jamie ustnej, nie zupełnie zdrowej jako też i w zupełnie zdrowej jamie ustnej, dążących do jakichkolwiek zmian w jej stanie, t. j. odcinania koron lub korzeni, piłowania, czyszczenia i plombowania zębów, zdejmowania kamienia.

Lekarze stanowczo domagali się, aby technika dentystyczna uważana była za część medycyny; technicy znowu dążyli do tego, by im dozwolono wykonywać pewne zabiegi operacyjne. Orzeczenie Trybunału Administracyjnego z r. 1904 uznaje, że sztuczne zastępowanie zębów jest istotną częścią medycyny zębowej, i że lekarz ma prawo wykonywać sztuczne zęby dla swych pacjentów.

Technicy znowu podnieśli gwałt, że ze swego rzemiosła, t. j. ze sztucznego zastępowania zębów a bez wykonywania różnych zabiegów leczniczych w jamie ustnej wyżyć nie mogą. Gdy jednak bezprawnie zabiegi takie przez wielu były wykonywane, sądy karne dużo miały do czynienia z powodu różnych takich przekroczeń. Rząd więc, szukający wyjścia z tej zawikłanej sprawy, zamierzał w r. 1905 zezwolić technikom dentystycznym na różne zabiegi lekarskie.

Lekarze różnych kategoryj za pośrednictwem Izby Lekarskiej Wiedeńskiej zaprotestowali przeciw takiemu niesłychanemu zamiarowi Ministerjum. Projekt oburzył nawet najspokojniejsze umysły i przyczynił się do wystąpienia nie tylko dentystów-medyków, lecz i szeregu powag-profesorów i docentów. Wszyscy lekarze uważali ów projekt, wymierzony niby tylko przeciw dentystom-medykom, za sprawę ogół lekarzy obchodzącą. Uchwalono nast. rezolucję: „Lekarze Wiednia, zebrani dnia 18 marca r. 1905, uznają projekt Ministerstwa za cios, wymierzony higjenie publicznej, za gwałtowne i zgoła nieusprawiedliwione wkraczanie w zakres działalności lekarskiej, o ile w tym projekcie ma się laikom udzielić prawa do wykonywania rękoczynów lekarskich i t .d.". Zebrany wkrótce w kilka dni potem ogólny wiec medyków uniwersytetu wiedeńskiego również zaprotestował przeciw nowemu projektowi.

D. c. n. *K.*

Sprawozdania.

Z WYKŁADÓW PROF. D-RA ALFREDA KANTOROWICZA W WARSZAWIE.

(Streszczenie).

W dniach 10 i 11 kwietnia r. b. bawił w Warszawie prof. dr. Alfred Kantorowicz, były dyr. Instytutu Dentystycznego uniwersytetu w Bonn obecnie dyrektor Akademji Stomatologicznej w Stambule, i na zaproszenie Związku Lekarzy-dentystów w P. P. wygłosił szereg odczytów z dziedziny stomatologji.

Ciekawe tematy odczytów słynnego uczonego zgromadziły około 300 lekarzy-dentystów, wśród których była poważna ilość osób z prowincji.

Przybyłego na salę wykładową prof. Kantorowicza zgromadzeni przyjęli hucznemi oklaskami, poczem powitał go w imieniu Związku prezes tegoż l. d. Ujejski, podkreślając wielkie zasługi profesora dla rozwoju stomatologji. Po przemówieniu wybrano prezydjum pod honorowem przewodnictwem prof. Kantorowicza. Następnie kol. Sachs podał do wiadomości, że otrzymano szereg telegramów powitalnych, między niemi od prof. Cieszyńskiego oraz od oddziałów Związku Lekarzy-dent. w P. P. Na prośbę jednak prof. Kantorowicza telegramów tych nie odczytano.

W imieniu Związku Absolwentów P. I. D. witał prof. Kantorowicza kol. Konstantin.

W odpowiedzi na powitania zabrał głos prof. Kantorowicz, dziękując za owację i słowa uznania, zaznaczając w swojej skromności, że rozwój stomatologji należy zawdzięczyć uczonym szwajcarskim, austrjackim,

amerykańskim i innym, on zaś tylko w drobnej części przyczynił się do tego.

Po części oficjalnej prof. Kantorowicz wygłosił w języku niem. odczyt na temat:

Dostawki częściowe.

Prelegent najpierw podał podział dostawek zależnie od materjału wykonania; dziś za najodpowiedniejszy uważa podział ze strony funkcyjnej. Dostawki możemy więc podzielić na:

a) *całkowite*, które przenoszą ucisk przez śluzówkę na kość,

b) *mosty*, które przenoszą ucisk przez ozębną — są to dostawki między jedną grupą a drugą,

c) *dostawki częściowe*.

W sposób jasny i zwięzły prelegent przedstawił zasady konstrukcji częściowych dostawek, podając jako regułę, że dostawka częściowa musi mieć punkty oparcia przed i poza linją klamer, stanowiącą połączenie dwóch przeciwległych klamer. Tak skonstruowana dostawka chwiać się nie będzie. Trzeba więc klamry umieścić na odpowiednio dobranych filarach i wciągnąć w konstrukcję dostawki zęby, znajdujące się przed linją klamer, czy to przez klamrę ciągłą (która nie powinna dotykać szyjek zębów), lub przez odpowiednie wypustki, opierające się na zębach przednich, albo nawet należy usunąć chwiejący się ząb przedni (paradentoza) aby przez uzupełnienie tego braku „przedłużyć" dostawkę przed linją klamer. Również dostawka ma być możliwie długa za linją klamer.

Na fantomach prelegent demonstrował, jak z dostawki kauczukowej powstała dostawka szkieletowa i jak z klamer dawnych, obejmujących cały ząb, został obecnie tylko szkielet, czyli nieistotne części dostawki zostały usunięte.

Klamrom poświęcił prof. Kantorowicz nieco więcej uwagi, zaznaczając, że klamra druciana odpowiednio wygięta jest dobra, a tem lepsza, im jest dłuższa, bowiem siła sprężystości odpowiednio wzrasta.

Na fantomach, licznych przezroczach oraz rysunkach na tablicy prelegent demonstrował błędne konstrukcje, przeciwstawiając im nowoczesne i celowe dostawki częściowe. Dziwić się należy, że wiele laboratorjów protetycznych popełnia kardynalne błędy w konstruowaniu dostawek oraz nadaje im nieraz śmieszne kształty.

Po krótkiej przerwie prof. Kantorowicz wygłosił drugi odczyt na temat:

Dostawki całkowite.

Zatrzymał się dłużej nad metodami zdejmowania wycisków, a mianowicie nad wyciskami:

a) przyssawkowemi (Saugabdruck),

b) uciskowemi (Kompressionsabdruck).

Prof. Kantorowicz uważa, że najlepsze wyniki daje wycisk kompresyjny, tłumacząc to w następujący sposób. Szkielet kostny jamy ustnej pokryty jest śluzówką mniej lub więcej zbitą; są miejsca t. zw. „twarde". Dostawka, zrobiona podług wycisku nieuciskowego, przylega w momencie włożenia do ust równomiernie do całej powierzchni śluzówki i przy przyssaniu uciska śluzówkę podatniejszą, a podczas żucia miejsca „twarde" nie poddają się i wywołują ból. Taka dostawka nie może być nale-

życie wykorzystywana. Warunki, w jakich wykonano wycisk, są inne od tych, w jakich znajduje się śluzówka w czasie noszenia dostawki. Trzeba zatem przy braniu wycisku śluzówkę tak zmienić, aby powstały warunki, jak przy noszeniu dostawki. Uzyskamy to przez wyciski uciskowe (Kompressionsabdruck) zapomocą łyżek indywidualnych i masy plastycznej (gutaperka jest nieodpowiednia, bowiem maże się; gips nie nadaje się, jest zbyt miękki i niepotrafiłby wywrzeć ucisku na śluzówkę). Jeżeli dostawkę wykonamy podług takiego wycisku, okaże się, że najpierw uciskać będzie podatną śluzówkę, a w końcu miejsca „twarde", ale łącznie z całą śluzówką. Dostawka taka przylega idealnie, nie wywołuje bólu i za każdem zamknięciem ust mocniej „siedzi". Nad miejscami „twardemi" powstają drobne komory z rozrzedzonem powietrzem (Saugkammer). Chodzi teraz o to, aby to ciśnienie ujemne utrzymać jak najdłużej, t. zn. aby przy ruchach części miękkich powietrze nie dostawało się między dostawkę a śluzówkę.

W jaki sposób prof. Kantorowicz znalazł rozwiązanie tej sprawy przedstawił nam następujący fakt.

Woźnemu w Akademji Stomatologicznej w Stambule nikt nie potrafił wykonać dostawki, któraby nie opadała. Prof. Kantorowicz wykonał dostawkę przy pomocy wycisku kompresyjnego i dostawka „siedziała jak stal", jednak przy ruchach mimicznych opadała. Prof. Kantorowicz czynił rozmaite próby, bowiem przypadek ten miał być demonstrowany na prelekcji w Stambule, a dostawka była wykończona zaledwie 2 godziny przedtem. Prof. K. zauważył, że woźny jest b. chudy, wobec czego policzki i wargi nie wypełniały przedsionka i nie uciskały na dostawkę. Rozwiązanie znalazł w tem, że brzeg dostawki pogrubił, aby śluzówka na dużej powierzchni przylegała do brzegu dostawki. Efekt był znakomity, dostawka ta „siedziała b. mocno" i przy wszelkich ruchach nie odpadała.

Prelegent wspomniał też o artykulacji, zaznaczając, że problem, aby stworzyć jak najwięcej punktów zetknięcia się zębów przy ruchach dostawek, dziś nie istnieje, bowiem dostawki tak można wykonać, aby mocno siedziały. Wystarczą artykulatory średniej wartości.

Prof. Kantorowicz demonstrował artykulator własnego pomysłu z płytką celuloidową, odpowiednio wygiętą, pozwalającą kontrolować, czy zęby są ustawione na wyrostku zębodołowym.

Po wykładzie prof. Kantorowicz odpowiadał na zadane pytania. Następnego dnia odbył się dalszy ciąg wykładu na temat:

Leczenie przewodów korzeniowych.

Na wstępie poddał krytyce próby zachowania miazgi żywej w zębie przez pokrycie miejsca zranienia odpowiednim proszkiem. Aby zyskać wyniki dobre, należy pracować w warunkach prawdziwie aseptycznych, użyty proszek nie powinien drażnić miazgi i powinien być łatwo przyswajalny. W praktyce są trudności i dlatego też sposób ten zarzucono.

Pokrycie miazgi przewodowej natomiast bywa stosowane. Używają do tego celu proszku, składającego się z zębiny i witaminy D. Po pewnym czasie powstaje dookoła ziarenek zębiny cement, który stanowi wiązanie tychże. Jest to rodzaj implantacji. Wyniki dobre osiągnięto w 20 — 30%. Praca tutaj musi się odbywać w warunkach wybitnie aseptycznych. Ten

sposób leczenia miazgi podług prof. Kantorowicza będzie uważany w przyszłości jako normalny.

W sprawie dewitalizacji miazgi prelegent omówił działanie arszeniku, podkreślając jego dobre wyniki, o ile będziemy go dokładnie dozowali i zakładali na punkt krwawy. Wywołuje on ból, gdy miazga jest w stanie zapalnym i położyliśmy go na zębinie, a nie na punkt krwawy. Gdy miazga jest zdrowa, wówczas nie obawiamy się położyć go na zębinę, bowiem długo trwa, aż powstanie stan zapalny, a tymczasem miazga ulegnie nekrozie.

Prof. Kantorowicz zaleca używać arszeniku z fenolem. Chcąc wyłuszczyć miazgę w znieczuleniu, należy pracować aseptycznie, bowiem łatwo zainfekujemy ozębną. Przy użyciu arszeniku powstaje przy szczycie wał leukocytów, nie przepuszczający infekcji. Dziś nie stosuje się znieczulenia dla celów wyłuszczenia miazgi.

Stosowanie diatermji dla dewitalizacji jest trudne, bowiem dozowanie prądu o wysokiej częstotliwości, jest niemożliwe, gdyż miazgę przed włożeniem igły musimy znieczulać, po drugie prądy przechodzą poprzez zębinę na tkanki otaczające, powodując w nich pewne zmiany. Dziś zarzucono ten sposób dewitalizacji.

Nad zagadnieniem wyłuszczenia i amputacji prelegent zatrzymał się krótko, zalecając wyłuszczać ile się da; należy używać antyseptyków trwałych oraz szybko działających, a więc: tymolu z trójkrezolem, lub fenolem, czy chlorfenolem lub formaliną.

Antyseptyki, włożone do komory czy przewodów, dyfundują i po pewnym czasie znikają, wtedy jest możliwość reinfekcji względnie zgorzeli miazgi przewodowej.

Do wypełnienia przewodów zaleca używać rozczynu tymolu w czystym fenolu aż do nasycenia z dodatkiem tlenku cynku.

Prelegent przeszedł do omówienia tematu p. t.

Leczenie zgorzeli.

Podług prof. Kantorowicza, leczenie zogrzeli winno być ukończone w trzech posiedzeniach.

Na pierwszem posiedzeniu należy komorę otworzyć bez ucisku, usunąć zawartość mas i założyć jakiś antyseptyk np. fenol pod fletcherem. Na przykładzie z pompą hydrauliczną wykazał, że najdrobniejszy ucisk na zawartość w komorze może spowodować przepchanie mas zgorzelinowych przez szczyt. Zamknięcie hermetyczne uzasadnił prelegent takiem przemówieniem: „Wroga można zwalczyć, gdy mu się odetnie dowóz żywności", czyli do ubytku nie należy dopuścić śliny. Podrażnienia ozębnej nie obawiamy się, gdy będziemy pracowali bez ucisku. Z braku pożywienia nie wytworzy się również gaz.

Na drugiem posiedzeniu po 24 godz. usuwamy zawartość przewodów miazgociągiem (sączki na igłach działają jak tłok), poczem staramy się przewody udrożnić mechanicznie nawet gdyby to miało trwać 2 godziny; 90% przewodów można mechanicznie udrożnić! Po udrożnieniu a więc i oczyszczeniu przewodów, wkładamy tymol do przewodów i na trzeciem posiedzeniu plombujemy przewody pastą wyżej podaną.

Na wyrażoną wątpliwość przez kilku lekarzy, że w tak krótkim czasie

zgorzeli wyleczyć nie można, prof. Kantorowicz odpowiedział, że studenci w Bonn tak musieli leczyć, i o ile ktoś nie wyleczył w trzech posiedzeniach było to wykroczeniem przeciw przepisom. Przy leczeniu zgorzeli należy ciągle posługiwać się rentgenem.

W Ameryce samo wypełnienie przewodów po zgorzeli kosztuje 12 dol.

Prelegent omówił jeszcze dezynfekcję przewodów zapomocą diatermji, wyraażjąc się o tem, że przy zgorzeli niema to sensu, bowiem temperatura jest za niska, po drugie ciepły antyseptyk nie dochodzi do samego szczytu.

Również elektryzacja (jonizacja-kataforeza); mimo, że stosuje się ją od r. 1890, nie ma to znaczenia, bowiem powstałe jony np. chlorjony czy jodjony nie działają wcale antyseptycznie. Antyseptycznie działać mogą molekuły chloru.

Najlepsza metoda dezynfekcji przewodów polega na mechanicznem oczyszczaniu przewodów aż do ich szczytów.

Schorzenia tkanek przyzębia.

Następnie prof. K. omówił schorzenia tkanek przyzębia (paradentium), zwróciwszy uwagę w krótkich zarysach na proces wyrzynania się zębów.

Gdy zarodek zęba zbliża się do nabłonka śluzówki, następuje połączenie tegoż z zewnętrznym nabłonkiem szkliwa. Po wyrznięciu się zęba, nabłonek śluzówki oddziela się od szkliwa, nie tworząc, jak dawniej sądzono, kieszonki. Ta t. zw. kieszonka stanowi wgłębienie zaledwie 1 — 1½ mm. głębokości; oddzielanie się tego nabłonka od szkliwa następuje w ten sposób, że szkliwo pokrywa się zrogowaciałą powłoką, wytworzoną z nabłonka śluzówki. Głębokość t. zw. kieszonki w każdem stadjum wyrzynania się zęba jest jednakowa, a nabłonek dziąsła jest zrośnięty z niewyrzniętą jeszcze koroną. Wyrzynanie korony kończy się, gdy nabłonek dojdzie do szyjki zęba. Obniżanie się nabłonka wzdłuż cementu odbywa się jednak nadal. Przyczyny, dla których nabłonek dziąsła obniża się wzdłuż cementu, są nieznane. Zęby wyrzynają się przez całe życie. Proces wyrzynania się zęba jak również jego wyzbycia się (Ausstossung) jest jednakowy; różnica polega na tem, że po wyrznięciu się korony następuje dłuższa pauza, po której „wyrzynają się" korzenie (czyli ząb wypada). Wypadnięcie zęba nastąpi, gdy nabłonek dziąsła zsunie się aż do szczytu korzenia. Obniżanie się nabłonka ma wpływ na otoczenie zęba. Wiemy, że zębodół powstaje i ginie z zębem. Wysokość wyrostka zębodołowego zależna jest od wpływów czynnościowych, jakie wywiera ząb na kość poprzez grube włókna ozębnej (Sharpey), które z jednej strony wnikają w kość zębodołu, a z drugiej do cementu. Z chwilą obniżania się nabłonka włókna Sharpey'a ulegają przerwaniu wskutek czego wyrostek jest pozbawiony wpływów czynnościowych, idących od zęba. Kość zatem ulega zanikowi, a cement pozbawiony jest niejako łączności z organizmem. Dziąsło obniża się za wyrostkiem, jednak głębokość t. zw. kieszonki pozostaje nadal 1 — 1½ mm. Ząb chwieje się i w końcu wypada.

Tak przedstawiałby się proces zaniku wyrostka w wieku starczym (atrophia alveolaris senilis).

Spotykamy jednak przypadki wypadania zębów w wieku młodym

(atrophia alveolaris praecox), których przyczyny nie znamy, podobnie jak przyczyn siwienia włosów. Ten przedwczesny zanik wyrostka dotyczyć może wszystkich zębów, lub tylko pojedynczych, a nawet ich części, np. podniebiennych korzeni trzonowców górnych, lub kłów górnych od strony wargowej, nawet bez śladów stanów zapalnych.

Jeżeli cement z jakichkolwiek powodów (zmniejszenie żywotności przy współdziałaniu czynników drażniących) zanika, ulegają przerwaniu włókna ozębnej i w odpowiadającym tym miejscom zębodół ulegnie zanikowi. Objawia się to w ten sposób, że przestrzeń między korzeniem a zębodołem rozszerza się. Najbardziej znany jest obraz rentgenologiczny, gdzie nad wierzchołkiem korzenia widzimy jasną plamkę, która odpowiada właśnie takiemu rozszerzeniu zębodołu. Podług Wesky'ego, zanik wyrostka może być poziomy lub pionowy.

Mówiąc o schorzeniach przyzębia, należy określić, co rozumiemy pod tą nazwą.

Otóż przyzębie czyli paradentium, podług Wesky'ego, jest to miejsce przejścia zęba na otoczenie, a więc obejmuje: oszkliwie, cement, nabłonek śluzówki, ozębna łącznie i więzadełko (ligamentum circ. dentis), wyrostek zębodołowy, śluzówkę i podśluzówkę.

Schorzenie paradentium może mieć charakter zapalny (paradentitis), lub zanikowy (paradentosis), które mogą występować oddzielnie lub razem.

Nazwa „pyorrhoea alveolaris" jest błędna, bowiem oznacza końcowe stadjum i to w sposób nieścisły, gdyż ropa nie wydziela się z zębodołu, a z kieszonki. Przy paradentosis dziąsło jest obniżone wraz z wyrostkiem, a przy paradentitis tylko wyrostek jest obniżony, wskutek czego powstaje kieszonka.

Co się tyczy patologji paradentitis, to należy zaznaczyć, że choroby ogólne usposabiają do nich, a czynniki miejscowe ją wywołują, przytem udział biorą bakterje, bowiem chodzi tu wszak o proces ropny. Specyficznych zarazków nie znaleziono. Zauważono, że djabetycy jak również ludzie ze zdrowem uzębieniem mają większą skłonność do tego schorzenia.

Z pośród przyczyn miejscowych należy wymienić wszelkie drażnienia (mechaniczne lub bakteryjne) przy szyjkach zębów, zbyt szerokie korony, plomby uciskając brodawki, miejsca zatrzymywania resztek pokarmowych w przestrzeniach międzyzębowych, a szczególnie kamień i nalot nazębny. Rozróżniamy dwa rodzaje kamienia nazębnego: a) ślinowy, b) zapalny. Ślinowy odkłada się ponad brzegiem dziąsła, a zapalny poniżej w kieszonce. Oba wywołują podrażnienie.

Z powyższego wynika, jakie będzie *leczenie* paradentitis.

Przedewszystkiem należy usunąć wszelkie czynniki drażniące, a więc niszczące cement, następnie dać wolny odpływ ropie. Należy więc: usunąć jak najdokładniej kamień i nalot, nie mówiąc o wadliwych koronach, plombach i dostawkach, należy odbudować punkty styczne zębów, usunąć korzenie oraz zakątki, gdzie zatrzymują się resztki pokarmów. Wolny odpływ ropy uzyskać możemy przez rozcięcie dziąsła (gingivoectomia Neumann, Gottlieb). Zabieg ten jest łatwy. Korzeń będzie, rzecz jasna, obnażony, ale nie oznacza to, że więcej się rozchwieje, bowiem dziąsło nie utrzymuje zęba w zębodole. Tylko idealne czyszczenie zębów twardą

szczotką oraz stała opieka lekarza-dentysty mogą zapobiec rozszerzeniu się tej choroby.

Co się tyczy paradentozy, to prelegent wspomniał o atrophia alveolaris praecox, która to choroba obejmuje wiek młody, do 40-go roku życia. Przyczyny tego zaniku nie znamy. Atakuje albo wszystkie zęby, lub pojedyncze, a nawet ich części. Również nie znamy przyczyn rozlanego zaniku, jak już Gottlieb o tem pisał.

Na zakończenie prelegent omówił zagadnienie, czy należy wyjmować zęby w ostrych stanach zapalnych?

O ile przewidujemy, że nie zmiażdżymy ani kości, ani części miękkich, to możemy usuwać.

Na tem prof. Kantorowicz zakończył swój wykład.

Gromkie oklaski były najlepszym dowodem zadowolenia słuchaczy, że wynieśli wiele cennych wiadomości.

Prezes Ujejski w imieniu Zarządu oraz zgromadzonych podziękował prof. Kantorowiczowi za tak piękne w sposób jasny wypowiedziane wykłady, wręczając równocześnie uczonemu dyplom na członka honorowego Związku Lekarzy-dentystów w P. P. z prośbą o jego przyjęcie.

Kol. Sachs życzył serdecznie prof. Kantorowiczowi owocnej pracy na nowej jego placówce w Turcji.

Zaznaczyć należy, że prelekcje były tłumaczone zdanie za zdaniem na język polski, czasem jednak treść była zniekształcona, czemu się dziwić nie należy, bowiem tłumaczenie ex abrupto sprawia zawsze pewne trudności. Naogół jednak tłumaczenie było dobre.

Aleksander Wandstein.

Wiadomości urzędowe.

W zesz. 6 z V. 1934 podaliśmy Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 23 paźdz. 1934 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. *o egzaminach dla techników dentystycznych* (Dz. U. Nr. 103 z dn. 26 listopada 1934 r. poz. 922)

Dla *całości* podajemy tu z obowiązku kronikarskiego następne rozporządzenie, które obejmuje całokształt sprawy, nas obchodzącej:

Instrukcja Ministra Opieki Społecznej

z dnia 11 grudnia 1934.

O Komisji Egzaminacyjnej dla techników dentystycznych.

(Monitor Polski z dnia 20 grudnia 1934 r. Nr. 292, poz. 401).

Na podstawie § 10 Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 23 października 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 103, poz. 922) zarządzam co następuje:

(1) Komisja Egzaminacyjna przy Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie urzęduje w składzie delegata Ministra Opieki Społecznej, lekarza, jako przewodniczącego, oraz dwóch członków-lekarzy specjalistów w dziedzinie dentystyki, mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

(2) Komisja egzaminuje tylko tych kandydatów na uprawnionych

techników dentystycznych, którzy zgodnie z postanowieniami § 3 powołanego wyżej Rozporządzenia otrzymali zezwolenie na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych z prawem przystąpienia do egzaminu w myśl postanowień § 8 tegoż Rozporządzenia przez Ministerstwo Opieki Społecznej lub przez Śląski Urząd Wojewódzki.

(3) Podczas egzaminu na sali mogą być poza członkami Komisji tylko kandydaci, podlegający egzaminowi.

(4) Komisja egzaminuje w ramach szczegółowego programu, dołączonego do niniejszej instrukcji według ustalonego przez siebie podziału czynności.

(5) Ocena egzaminów może być tylko dwóch rodzajów: a) z wynikiem ujemnym b) z wynikiem pomyślnym. Uchwały co do oceny zapadają większością głosów; przewodniczący głosuje na równi z członkami Komisji.

(6) Z przebiegu egzaminowania Komisja sporządza każdego dnia protokół, który powinien obejmować dzień egzaminu, imiona i nazwiska kandydatów, w tym dniu egzaminowanych, ocenę egzaminu, podpisy przewodniczącego i członków Komisji. Po ukończeniu egzaminów Komisja przedkłada zbiór protokółów Ministerstwu Opieki Społecznej.

(7) Każdego dnia po ukończeniu egzaminu przewodniczący ogłasza wynik egzaminu.

(8) Opłaty egzaminacyjne, wniesione do Ministerstwa Opieki Społecznej lub do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, powinny być wraz z podaniami kandydatów przesłane najpóźniej na 5 dni przed rozpoczęciem egzaminu Urzędowi Wojewódzkiemu w Krakowie, który po ukończeniu egzaminu wypłaci niezwłocznie należności osobom, wchodzącym w skład Komisji, licząc dla każdej z tych osób po 20 zł. od egzaminowanego.

(9) Nad ogólnym przebiegiem egzaminów czuwa przewodniczący Komisji. Zakres czynności przewodniczącego w szczególności obejmuje:

a) baczenie, aby do egzaminu dopuszczeni byli jedynie kandydaci, zakwalifikowani przez Ministerstwo Opieki Społecznej;
b) przestrzeganie, aby egzamin odbywał się ściśle według programu, ustalonego w ust. (4).
c) prawo uchylenia pytania, przekraczającego zakres programu;
d) prawo czasowego zawieszenia egzaminu w przypadkach zdekompletowania Komisji lub naruszenia porządku, uniemożliwiającego normalne urzędowanie.

(10) O zawieszeniu egzaminu Komisja sporządza oddzielny protokół, który przedkłada Ministerstwu Opieki Społecznej do decyzji.

Minister Opieki Społecznej
Jerzy Paciorkowski.

Szczegółowy program egzaminów dla techników dentystycznych.

a) Program egzaminu z anatomji jamy ustnej i zębów.

Szkielet: żuchwa, szczęka górna, kość podniebienna. Podniebienie twarde i miękkie. Dno jamy ustnej. Ślinianki. Gardło w ogólnych zarysach. Naczynia i nerwy jamy ustnej. Zęby, ich rozwój i budowa.

b) Program egzaminu z fizjologji jamy ustnej.

Ślinianki. Ślina pod względem chemicznym. Unerwienie gruczołów ślinowych, mechanizm nerwowy wydzielania śliny. Czynniki pobudzające i wydzielanie śliny. Akt żucia, jego mechanizm i znaczenie fizjologiczne.

Program egzaminu z patologji ogólnej i anatomji patologicznej jamy ustnej.

Przyczyny chorób zewnętrzne: mechaniczne (wstrząs, kontuzja, zgniecenie), fizyczne (wpływ ciepłoty, ciepła, zimna, oparzenia, odmrożenia, wpływ światła, wpływ elektryczności, wpływ parcia barometrycznego, rozrzedzenie powietrza, zwiększenie parcia). Wpływ klimatu i gleby na powstanie chorób. Przyczyny chorób chemiczne, infekcyjne (bakterje) i inne. Urządzenia obronne ustroju. Odporność. Patologja komórki i tkanek. Zmiany wsteczne (ogólna charakterystyka i podział). Zanik prosty. Zanik z ucisku, wskutek zmienionej czynności, na tle nerwowem. Martwica i zgorzel. Zmiany postępowe (gojenie się i przerost). Zapalenie (objawy ogólne, odczyn ze strony naczyń, zmiany w tkankach). Ogólne pojęcie o nowotworach. Zaburzenia w krążeniu (krwotok, przekrwienie, niedokrwistość, zakrzep, zator , zawał, obrzęk).

d) Program egzaminu z chorób zębów, ich leczenia i wyjmowania.

Choroby twardych tkanek zęba. Próchnica ostra i przewlekła. Przyczyny, wywołujące i usposabiające do próchnicy. Objawy próchnicy. Leczenie próchnicy. Nadwrażliwość zębiny przy próchnicy. Środki do jej zwalczania. Osad, kamień nazębny, nalot Pristley'a. Ubytki niepróchnicowego pochodzenia. Zmiany wrodzone w twardych tkankach. Choroby miazgi. Zaburzenia w krążeniu, procesy wsteczne, zmiany postępowe. Zapalenie miazgi i ich podział co do przebiegu. Przyczyny zapalenia miazgi. Drogi infekcji miazgi. Ogólna charakterystyka kliniczna i anatomo-patologiczna ostrych i przewlekłych zapaleń miazgi. Ostre surowicze i ropne (częściowe i całkowite) zapalenia miazgi. Objawy tych chorób. Przewlekłe włókniste zapalenie miazgi, przewlekłe ropne zapalenie miazgi. Przewlekłe ziarninowe zapalenie miazgi i objawy tych chorób. Zejścia zapaleń tej miazgi. Sposoby badań zębów przy ustalaniu djagnozy. Leczenie zapaleń miazgi, Arszenik, jego właściwości, niezbędne ostrożności przy stosowaniu i opatrunku, postępowanie po arszeniku. Zasady extirpacji miazgi i powikłania. Zasady plombowania przewodu i materjały, do tego używane. Anatomiczne i anatomo-patologiczne wskazania do amputacji. Pasty przy amputacji. Zgorzel miazgi i jej podział. Etjologja zgorzeli i charakter infekcji. Objawy częściowej zgorzeli i jej leczenie. Objawy zgorzeli całkowitej, suchej, wilgotnej. Różnica między zgorzelą a obumarciem. Leczenie zgorzeli. Sposoby uzyskania drożności przewodów. Sterylizowanie przewodów, używane ku temu środki. Technika plombowania przewodów, ważniejsze pasty. Zapalenie ozębnej i tkanek, otaczających ząb, wynikające stąd powikłania. Leczenie zapaleń ozębnej. Metodyka plombowania. Anatomja zęba ogólna i poszczególna. Trepanacja zęba i otwarcie komory. Metody badania zębów. Uprzywilejowane miejsca próchnicy. Sterylizacja instrumentów. Izolacja zębów od śliny. Zasadnicze wymagania dobrze przygotowanego ubytku. Ubytki centralne i złożone. Punkty styczne i linje styczne. Następ-

stwa uszkodzenia brodawki dziąsłowej. Formówki, plastyczne i nieplastyczne materjały do plombowania. Przegląd materjałów, dodatnie i ujemne ich strony. Materjały do opatrunków. Cementy fosforowe, cementy krzemowe, amalgamat miedzi, amalgamat srebra. Złoto i inne materjały. Skład i cechy materjałów plastycznych do plombowania. Leczenie zębów mlecznych. Leczenie zębów u młodzieży w okresie szkolnym. Wyjmowanie zębów. Sposoby wyjmowania zębów. Instrumenty i ich sterylizacja. Przygotowanie jamy ustnej przed wyjęciem zęba. Ogólne pojęcie o ranach i ich leczenie. Środki lecznicze dewitalizujące i odkażające. Środki zamrażające (chlorek etylu).

e) Program egzaminu z techniki dentystycznej.

Znajomość materjału, narzędzi, przyrządów używanych w technice dentystycznej. Otrzymywanie wycisków i modeli. Zęby sztuczne i ich zastosowanie. Okluzja i artykulacja. Staw żuchwowy, ruch żuchwy. Zgryzadła. Zdejmowanie zgryzu. Ustawianie modeli w zgryzadle anatomicznem. Ustawianie zębów. Dostawki ruchome i utwierdzenie tych w jamie ustnej. Płyty podstawowe dostawek, metalowe, kauczukowe. Wulkanizowanie. Korony metalowe i zęby ćwiekowe. Mostki stałe i do zdejmowania. Wskazania. Zatykadła.

Zgodnie z zebranemi przez nas szczegółami egzaminy techników odbyły się w terminie wyznaczonym. Do Woj. śląskiego wpłynęło 260 podań z trzech byłych zaborów. Dopuszczono 120 osób, w tem kilka z Małopolski (4-ech). Ze 120 zgłoszonych zdawało 60, zdało 20. Egzaminatorami wydelegowanymi z Warszawy byli: kierownik katedry techniki dentystycznej Akademji Somatologicznej w Warszawie zast. prof. dr. Cybulski i dr. Jankowski. stomatolog i naczelny lekarz więziennictwa. Program, jak widzimy wyżej, był b. obfity. Czy był dostępny dla ludzi, stojących w rzeczywistości daleko od wymienionych specjalnych przedmiotów, można, zdaje się, śmiało wątpić. Kłopot więc nielada dla egzaminatorów, szczgólnie dla dr. Cybulskiego, b. wymagalnego i wrażliwego na brak wiedzy przyszłych praktyków (słusznie!). Trudna tu była sytuacja. Program istotnie jest obszerny, lecz realizowanie jego, zdaje się, nie należy do łatwych przedsięwzięć, gdy weźmiemy pod uwagę swoistość egzaminujących się kandydatów. To też poważny musiał być kłopot egzaminatorów, którzy nolens-volens zmuszeni byli program „spopularyzować", pytania udostępnić i zrozumieć odpowiedzi, jak to w takich wypadkach bywa. Nic dziwnego, iż pomimo wyrozumiałości egzaminatorów pomyślny wynik był b. skromny. Większość kandydatów egzamin odłożyła do drugiego terminu, mając nadzieję, że termin jeszcze się da odroczyć. Należy jednak wobec ogłoszonych oficjalnie terminów wątpić. Czas już bowiem wielki z tem dobrodziejstwem skończyć. Ponieważ prawdopodobnie egzamin obejmuje przeważnie element młody (pod względem praktyki), to należy się spodziewać, iż dobrodziejstwo to będzie b. wątpliwe dla społeczeństwa, tem bardziej, że kadry wyszkolonych specjalistów są coraz liczniejsze...

Jak poprzednio, podczas egzaminów w Krakowie był ruch; uganiało się dwóch spekulantów, „przyrzekając" wyrobienie pozwolenia na egzaminy za wysokie kwoty, nawet b. wysokie, złożone na „książce" w banku do

podjęcia po otrzymaniu pozwolenia. Owymi spekulantami mieli być prawnicy; jedni opowiadali, że to krakowscy, inni — że warszawscy, a miało się wrażenie, że byli to wspólnicy, z których jeden wabił techników, drugi „kręcił" w Warszawie, szukając dróg. Jednak jakoś nie udało się.

Kandydaci ze Śląska wykazali b. słabą znajomość języka polskiego; zjawisko to uważają oni za „powód" niepomyślnego wyniku ich egzaminów. Charakterystyczne odpowiedzi nastąpiły na niektóre zapytania, dotyczące ekstrakcyj (dr. Jankowski); plątano systemy kleszczy, nie wiedząc, której szkoły się trzymać. Słabą wiedzę kandydaci również wykazali w dziedzinie techniki protetycznej (pytania dr. Cybulskiego). Jak opowiadano, nie znali nawet konstrukcji płytki ochronnej licówki Steele'a i t. d. A wszak technicy powszechnie tak się chwalą znajomością techniki protetycznej. Co da drugi termin egzaminów zobaczymy (wiadomości powyższe, zastrzegamy się, otrzymaliśmy zupełnie prywatnie poza gronem osób oficjalnych).

Zjazdy.

I.

VII POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY W WARSZAWIE.

Główny Komitet Organizacyjny w Warszawie.

Komunikat V.

Główny Komitet Organizacyjny VII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, mającego się odbyć w Warszawie 1 — 3 listopada 1935 r., zwrócił się do niżej podanych znanych mu koleżanek i kolegów, zamieszkałych w większych ośrodkach kraju, z prośbą o zorganizowanie miejscowych Komitetów, celem jak najszerszej propagandy Zjazdu, co przyczyni się do jego uświetnienia.

Mimo usilnych starań, Główny Komitet Organizacyjny mógł jednak pominąć szereg osób i miejscowości, gdzie należałoby jeszcze podobne Komitety zorganizować, przeto drogą prasy zawodowej Komitet zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich koleżanek i kolegów o wskazanie adresów poszczególnych osób, które podjęłyby się organizacji nowych miejscowych Komitetów.

Zgóry dziękując za podanie tych wskazówek, Główny Komitet Organizacyjny VII Polsk. Zjazdu Stomatol. załącza listę osób i miejscowości, do których już zwrócił się o utworzenie miejscowych Komitetów:

1. Kraków:
   - dr. med. J. Wodniecki, Wielopole 6
   - dr. med. J. Drozdowski, Lubicz 9
   - dr. med. M. Haber, Grodzka 32
2. Lwów:
   - prof. dr. A. Cieszyński, Batorego 38
   - dr. med. H. Allerhand, Kopernika 11
   - dr. med. M. Brill, Batorego 34
3. Wilno:
   - lek. dent. Wolański, Wileńska 26 m. 6

lek. dent. W. Bobrowska, Wiwulskiego 6
lek. dent. J. Feldsztejn, Wileńska 16

4. Poznań.
dr. med. L. Lakner, Pl. Wolności 9
dr. med. Skutecka, Pl. Nowiejski 7
lek. dent. Ambrożkiewicz, Fredry 1
lek. dent. W. Neyman, Fredry 6
lek. dent. Sierociński, Ambul. dent. Ubezp. Sp.

5. Baranowicze:
lek. dent. W. Sznajderman, Szeptyckiego 51b.

6. Brześć n/B.
lek. dent. E. Meczykowa, Kościuszki 19
lek. dent. H. Winograd, Steckiewicza 24

7. Białystok:
lek. dent. J. Sokólski, Piłsudskiego 17
lek. dent. L. Kopelman, Piłsudskiego 17
lek. dent. J. Butkiewicz, Św. Rocha 2

8. Częstochowa:
lek. dent. Z. Lubczyński, Śląska 5
lek. dent. N. Rozenblat, Aleja 14
lek. dent. M. Rozenowicz, Aleja 35 m. 3.

9. Grodno:
lek. dent. I. Karwowski, Napoleońska 8
lek. dent. S. Dworecki, Podolna 5

10. Gdynia:
dr. med. Cylkowski
lek. dent. H. Solnik, Św. Jańska 13

11. Kalisz:
lek. dent. M. Świderski, Piłsudskiego 22
lek. dent. J. Szwarcman, Kanonicka 1

12. Kielce:
lek. dent. S. Kalinowska, Duża 15
lek. dent. W. Podolski, Duża 24
lek. dent. J. Szartowska, Czarnowska 9

13. Kowel:
lek. dent. B. Ajzenberg, Mickiewicza 19

14. Lublin:
lek. dent. Filipińska, Al. Racławicka 4
lek. dent. Zajfen, Staszyca 7
lek. dent. Frydrychs-Piechowski, Narutowicza 1

15. Łódź:
lek. dent. M. Sokalski, Andrzeja 4
lek. dent. T. Babad, Nawrota 1
lek. dent. A. Kowalski, Szpital Okręgowy
lek. dent. M. Libera, Sienkiewicza 53
lek. dent. M. Kalisz, Pierackiego 7

16. Łuck:
lek. dent. L. Chazanow, Jagiellońska 48
lek. dent. H. Zawidzka, Orzeszkowej 19

17. Pabjanice:
lek. dent. M. Midler, Puławskiego 3
lek. dent. Parczyński

18. Radomsko:
lek. dent. Glikman, Rynek 4
lek. dent. J. Kowczycka, Przedborska 28

19. Równe:
lek. dent. J. Fajtel, Piłsudskiego 3
lek. dent. Z. Grodzki, 2 Szpital Okręgowy

20. Sosnowiec:
lek. dent. A. Ingster, Warszawska 10

lek. dent. N. Wejs, Sienkiewicza 4
lek. dent. J. Garlińska

21. Tarnów:
lek. dent. O. Braun, Kaczkowskiego 1
22. Tomaszów Maz.:
lek. dent. Szmigielski, Antoniego 25
23. Włocławek:
lek. dent. D, Marjamoff, 3 Maja 25
lek. dent. J. Śmietański, Nowy Rynek 1
24. Bydgoszcz:
lek. dent. W. Blechman, Grunwaldzka 2
lek. dent. Nehrebecki, Kolejowa 7
25. Toruń:
lek . dent. S. życzkowski, Szeroka 37
26. Tarnowskie Góry:
lek. dent. Stankiewicz, Krakowska 18.

Za Komitet Organizacyjny:

Sekretarz: *B. W. Zakrzewska*

Przewodniczący: *Prof. H. Wilga.*

Z przemysłu dentystycznego.

Uproszczony uniwersalny aparat „Askar" do uformowania syntetycznych materjałów dla celów protetyki.

Jak wiadomo, w ciągu ostatnich lat przemysł puścił na rynek handlowy kilka preparatów syntetycznych pod różnemi nazwami (hekolit, neu-hekolit, walkerit, gencivex, coralix, resovin, oralite), jako zamiastki kauczuku. Nie rozwodzimy się tu nad cechami tych wyrobów — nad ich zaletami i wadami. Znajdują one, rzecz prosta, zwolenników, którzy nota bene po krótkim zachwycie stopniowo przechodzą do innych coraz więcej ukazujących się na rynku. Wyroby te nie mają nic wspólnego z kauczukiem pod względem przygotowywania dostawki, czyli płytki podstawowej. Wymagają one, jak wiadomo, stopniowego sprasowania płytki odpowiedniej formy (gotowej w sprzedaży) w aparacie, ogrzewanym przeważnie elektrycznością.

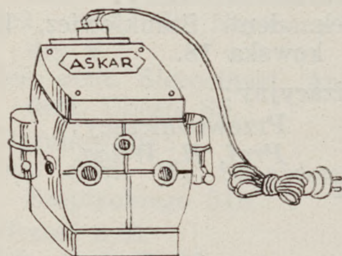
Każda fabryka, puszczając do handlu swój preparat, zaleca też specjalny aparat, czyli komplet części aparatury: kocioł, prasę, kiwetę z przewodnikami elektrycznemi, termometr specjalny i t. d. do przygotowania płytki podstawowej drogą jej sprasowania. Przemysł chemiczny idzie tu więc w parze z przemysłem technicznym. To też, jak różne są te wyroby zamiastkowe kauczuku, tak też różne są aparatury do uformowania płytki

Aparaty powyższe były przeważnie pochodzenia zagranicznego; są stosukowo drogie na nasze warunki pracy zarobkowej. Ponieważ mamy już przemysł krajowy dość ruchliwy, aparaty te są też wyrabiane na miejscu. Aczkolwiek starano się je jakoby udostępnić w cenie a nawet jakoby ulepszyć, jednak, jak się zdaje, nie udało się to. Ceny niewiele się różnią.

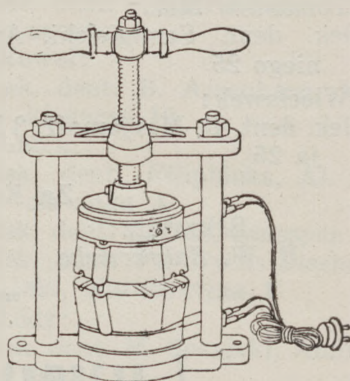
Mechanik tutejszy p. A. Skarnik, posiadający oddawna specjalną wytwórnię przyborów dentystycznych (Graniczna 15), mający już również za sobą wiele wynalazków w dziedzinie przyrządów dentystycznych, spo-

rządził b. uproszczoną aparaturę do omawianych celów: *uniwersalny aparat elektryczny do suszenia, podegrzewania mas syntetycznych dla celów protetyki dentystycznej, jak oralite, neuhekolit, resovin i t. d.*

Aparaturę „Askar" stanowią: 1) specjalna kiweta masywna, wykonana z bronzu z dwiema przykrywami, zawierającemi grzejniki elektryczne, ze sznurem prądowym 2 mtr. długości z wyłącznikiem prądu; 2) mocna kiweta z podkładem azbestowym.



Kiweta „Askar" wraz z 2-ma przykrywami, grzejnikami i sznurem prądowym.



Kiweta umieszczona w prasie.

Kiweta uniezależniona jest od prasy, dzięki czemu ciepło w całości zużywa się na ogrzewanie zawartości kiwety, zyskuje się znaczną oszczędność czasu, energji elektrycznej i wydatków. Czas, niezbędny do wykończenia dostawki po wysuszeniu kiwety, wynosi 15—30 minut w zależności od typu masy syntetycznej, które, jak wiadomo, wymagają różnej temperatury, od 90° do 145° C. Kiweta jest widoczna ze wszystkich stron, co znacznie ułatwia obserwację podczas prasowania. Duży wymiar kiwety, a mianowicie 105×95 mm., zapobiega spalaniu się masy syntetycznej przez stykanie się z rozgrzaną ścianą kiwety, co często ma miejsce przy używaniu małych kiwet.

Kiweta „Askar" może być zaopatrzona w specjalny regulator prądu. Nie jest jednak konieczne, o ile jest się w posiadaniu dostatecznie mocnej prasy kiwetowej (zwykłej), która posiadałaby wewnątrz rozm. ramy ok. 20 cm. wysokości i 15 cm. szerokości. Kiweta wyrabiana jest do różnego napięcia elektryczności.

Cena kompletu aparatury w stosunku do innych aparatów jest bardziej dostępna (wynosi 75 zł.), tem bardziej, że prasa nadaje się do codziennego użytku dla innych celów (prasowania kauczuku, gipsu). Również nabywać można różne części: kiwetę (z bronzu, niklowana zł. 10), dwie przykrywy z dwoma grzejnikami (sztuka zł. 18), sznur prądowy z trzema zatyczkami i wyłącznikiem prądu (zł. 8); cena samej prasy z podkładem azbestowym również jest dostępna (zł. 25).

Uproszczona aparatura „Askar" wypróbowana już została przez niektórych praktyków; stwierdzili oni pomyślny wynik pracy, znaczne jej uproszczenie i oszczędność wydatku na zużycie prądu.

List do redakcji.

Tajemnica Zagórowa...

Komedja z partaczem Arbuzem w Zagórowie, o którym niejednokrotnie pisałam, niestety, trwa nadal. Nie wiem, w jakim celu ogłosił list w „Kronice Dentystycznej" (p. nr. 2/1935) firmant partacza Arbuza, lekarz-stomatolog Hofman o rzekomej likwidacji tego partacza. Kto likwidował i kiedy? Gdzie likwidacja nastąpiła? Kogo właściwie obrońca ten chce wprowadzić w błąd?

Otóż b. fryzjer Arbuz partaczył do końca grudnia 1934 r. pod firmą lekarki-dentystki C. Cejlon, która przyjmowała pacjentów od sierpnia 1934 r. ubezpieczonych. Dzięki zainteresowaniu się Starosty powiatu Konińskiego, firmantka C. Cejlon musiała opuścić Zagórów. Wyjazd tej firmantki spowodował pewne zmiany personalne w „gabinetach" partacza Arbuza. Sprowadził on nowych firmantów-małżonków N. Sud i Hofmana. Ostatni firmantował go przez kilka dni w Zagórowie, a następnie przeniósł się do Pyzdr, gdzie firmantowała Arbuzowi na miejscu lek-dent. Siroty lek.-dentystka Weintraub. W Zagórowie Arbuz zostawił firmantkę N. Sud, żonę p. Hofmana.

P. Hofman przysługuje się najwięcej partaczowi, rozpowiada w Warszawie, że Arbuz wystarał się nagle o „legitymację" Wszechpolskiego Związku Techników i t. d.

Jak wygląda w rzeczywistości „likwidacja", wystarczy następujący dowód:

„Ja niżej podpisana Bednarowicz Leokadja, zamieszkała w Zagórowie, oświadczam, że dnia 27 grudnia 1934 r. zgłosiłam się do gabinetu dentystycznego Arbuza Mendla w Zagórowie przy ul. Kilińskiego w domu Beutlera, celem leczenia zębów. Wtedy Arbuz rozpoczął mi leczyć następujące zęby: górny ząb z prawej strony i dwa dolne zęby.

Arbuz leczył mi zęby kilkanaście razy. Raz zauważyłam w gabinecie Arbuza dentystkę C. Cejlon. Ostatnie cztery razy Arbuz przyjmował mnie i leczył zęby w obecności dentystki N. Sud, która siedziała w białym fartuchu i czytała książkę. Arbuz założył mi plomby. Raz doszedł do mnie, mąż dentystki N. Sud p. Hofman, ale Arbuz wyjął mu maszynę z ręki i sam mi świdrował. W parę dni po zaplombowaniu zęby zaczęły mnie boleć i po kilku bezsennych nocach zwróciłam się ponownie do gabinetu dentystycznego Arbuza z silnym bólem. Wówczas w gabinecie Arbuza zastałam p. N. Sud, która zwróciła się do mnie: „pani jest pacjentką p. Arbuza". Kiedy oświadczyłam, że zaplombowane przez Arbuza zęby bolą mnie, p. N. Sud zwróciła się do mnie: „Ja pani nie przyjmę, bo pani jest pacjentką p. Arbuza".

Podpis: *Leokadja Bednarowicz.*

Również w niektórych pismach warszawskich: „Gazeta Warszawska", „Kurjer Czerwony" z dnia 8 marca b. r. ukazały się wzmianki, omawiające szkodliwą dziaałlność partacza Arbuza i jego firmantek, między innemi wzmiankowano, że gabinety partacza Arbuza Mendla są już zli-

kwidowane. Muszę sprostować, że to nie odpowiada prawdzie, gdyż dotychczas „gabinety” w Zagórowie, Pyzdrach i innych wioskach powiatu Konińskiego *nadal istnieją.*

„Centrala” partacza Arbuza, jak wzmiankowałam i opisałam w „Kronice Dentystycznej” (styczeń-luty 1933), została przeniesiona do Zagórowa za czasów firmanta Munwesa. Przy obecnych firmantach pp. lekstomat. Sud i Hofman partacz jest u szczytu swego „dzieła”, dojeżdża również dwa razy w tygodniu do Słupcy; liczba poszkodowanych materjalnie i na zdrowiu zwiększa się z każdym dniem. Przy każdej sprawie sądowej lub administracyjnej partacz sam lub za pomocą swoich agentów przerabia świadków, aby poprzednie swoje zeznania zmieniali lub cofnęli, jak protokółowano w Starostwie zeznania świadków Leimera i Gontarczyka.

Pomimo kar i ścigania przez władzę administracyjną pow. Konińskiego, pomimo przeprowadzonego dowodu prawdy w I instancji, pomimo Orzeczenia Sądu Najwyższego, firmantki partacza Arbuza nadal przyjmują ubezpieczonych od sierpnia 1934 r. do chwili obecnej, zaś partacz Arbuz wygodnie zaklimatyzował się w naszym powiecie. Partactwo obejmuje coraz szersze kręgi.

Wobec tajemniczości sprawy można mieć nadzieję, że czynniki decydujące zainteresują się ostatecznie i położą kres temu partactwu.

Lek.-dent. H. Berkowiczowa.

W Zagórowie.

OD WYDAWNICTWA.

Wobec nowych zaległości prosimy o ostateczne uregulowanie należności do lipca r. b., w przeciwnym razie wysyłkę pisma wstrzymamy.